

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 20 Décembre 1900, à 1 heure

Par ÉMILE-HENRI MAILLARD

Né à Cholet (Maine-et-Loire), le 22 juin 1874.

Ancien externe des hôpitaux.

Quelques Cas d'Épithéliomas étendus de la face

ABLATIONS et AUTOPLASTIES CONSÉCUTIVES

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.

CAMPENON et HARTMANN, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

137

Année 1900

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 20 Décembre 1900, à 1 heure

Par ÉMILE-HENRI MAILLARD

Né à Cholet (Maine-et-Loire), le 22 juin 1874.

Ancien externe des hôpitaux.

Quelques Cas
d'Épithéliomas étendus de la face

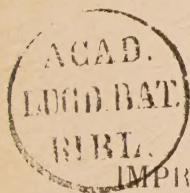
ABLATIONS et AUTOPLASTIES CONSÉCUTIVES

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.

CAMPENON et HARTMANN, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.	FARABEUF.
Anatomie.....		CH. RICHET.
Physiologie.....		GARIEL.
Physique médicale.....		GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....		BLANCHARD.
Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		HUTINEL.
Pathologie médicale.....		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		BERGER.
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BRISAUD.
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		TERRIER.
Clinique chirurgicale.....		DUPLAY.
		LEDENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchement.....		BUDIN.
		PINARD.
Agrévés en exercice.		
MM.	MM.	MM.
AACHARD.	GAUCHER.	ROGER.
ALBARRAN.	GILLES DE LA TOURETTE.	SEBILEAU.
ANDRÉ.	HEIM.	TEISSIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	THIERY.
BROCA Auguste.	LANGLOIS.	THIROLOY.
BROCA André.	LAUNOIS.	THOINOT.
CHARRIN.	LEGUEU.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	LEJARS.	VARNIER.
DELBET.	LEPAGE.	WALLICH.
DESGREZ.	MARFAN.	WALTHER.
DUPRÉ.	MAUCLAIRE.	WIDAL.
FAURE.	MENETRIER.	WURTZ.
	MERY.	
Chief des travaux anatomiques.....		M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU,

Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Académie de médecine,

Officier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Pendant l'année d'externat que nous venons de passer à l'hôpital Saint-Louis, il nous a été donné d'assister à un certain nombre d'interventions, pratiquées par M. le docteur Morestin, chirurgien des hôpitaux, dans des cas de néoplasmes étendus de la face. L'ablation de ces néoplasmes fut suivie d'opérations autoplastiques destinées à combler les pertes de substance parfois considérables qui en résultaient.

M. le docteur Morestin a bien voulu nous communiquer ces observations et nous engager à en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Nous l'en remercions vivement, ainsi que de la bienveillance qu'il a bien voulu nous témoigner dans le cours de cette année, et du précieux enseignement clinique de chaque jour qu'il nous a donné.

Nous n'avons point l'intention de faire ici une étude complète des épithéliomas de la face, tant au point de vue clinique qu'anatomo-pathologique.

Nous ne referons point non plus l'historique complet des opérations autoplastiques, historique qui est fait très complètement dans la thèse de M. Gagnard (Paris 1895-96). Nous nous bornerons à rappeler les indications du traitement chirurgical des épithéliomas

de la face, et après avoir passé en revue les principaux procédés d'autoplastie, nous étudierons leurs indications et contre indications ainsi que l'application qui en a été faite dans nos différentes observations.

Que MM. les docteurs Balzer, Brault, Richelot et Variot, chez qui nous avons passé nos années d'externat veuillent bien agréer nos remerciements les plus sincères, pour l'enseignement dont ils nous ont fait profiter.

Nous tenons à exprimer à M. le professeur Le Dentu toute notre gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.



SYMPTOMATOLOGIE

Les cancers de la face présentent, au point de vue clinique, des types très différents.

Dans un premier groupe, on peut ranger la forme superficielle caractérisée par la production d'une ulcération sans tumeur bien manifeste, et remarquable par sa bénignité relative ; c'est l'*ulcus rodens* des anglais.

Il apparait sous la forme d'une granulation isolée ou de plusieurs granulations plus ou moins rapprochées et réunies en une plaque indurée, dures, luisantes, d'un rouge pâle ; ces granulations finissent par s'ulcérer spontanément ou à la suite d'un traumatisme, et il en résulte une ulcération superficielle de forme variable dont le fond brun ou rougeâtre, granuleux, secrète un liquide visqueux qui se dessèche. Ces ulcères s'étendent en surface parfois avec une extrême lenteur, mettant quelquefois une année et davantage à ulcérer 2 à 3 centimètres carrés. Ils peuvent même guérir spontanément par cicatrisation.

Cette ulcération est en général le siège d'un prurit plus ou moins marqué ; la douleur parfois nulle peut devenir intense dans les formes étendues, le retentissement ganglionnaire est tardif, et l'état géné-

ral demeure très longtemps excellent. (Observations III et IV).

D'autres épithéliomas ont une marche plus envahissante, ils rongent les tissus voisins et les bourgeons épithéliomateux se propagent dans les muscles, os, cartilages.

Parmi eux, les uns tendent surtout à faire saillie poussant des végétations exubérantes, formant des saillies mamelonnées qui parfois se revêtent de croûtes sèches noirâtres; ils s'attaquent peu aux plans profonds. (Observation I).

Les autres, au contraire, évoluent surtout en profondeur, formant une tumeur d'un accroissement rapide au niveau de laquelle les parties superficielles des téguments s'ulcèrent. La peau de la face n'étant séparée du squelette que par des muscles peu volumineux et reposant presque directement sur lui dans certaines régions la propagation du cancroïde à l'os est assez fréquente. Cet envahissement se fait par suite de l'extension en profondeur du néoplasme, le périoste lui servant de trait d'union pour gagner le tissu osseux.

Une autre disposition anatomique favorise aussi cette extension; un certain nombre de nerfs, en effet, doivent suivre un canal osseux avant de s'épanouir à la peau; l'épithélioma développé au niveau du point d'émergence de ces rameaux nerveux infiltre la gaine du nerf et arrive ainsi à l'os qui est envahi.

De même encore dans les cancroïdes de l'angle interne de l'œil, les voies lacrymales sont vite atteintes par le néoplasme, et les cellules cancéreuses suivant

le canal lacrymal ne tardent pas à envahir ses parois, c'est-à-dire le maxillaire supérieur.

Dans ces formes très graves une grande partie de la face peut être détruite, il se produit alors une vaste cavité qui peut pénétrer jusqu'au pharynx.

Les épithéliomas sont souvent le siège d'hémorragies répétées et abondantes qui affaiblissent le malade et peuvent constituer le danger le plus grave.

Les douleurs parfois atroces, quand les nerfs sont envahis, peuvent aussi être peu marquées ; mais même avec des lésions très étendues on peut voir un état général satisfaisant.

La gravité et l'évolution de ces différents néoplasmes est donc fort variable. Si l'ulcus rodens met des années à évoluer, d'autres ont une marche rapide en moins d'un an. L'envahissement ganglionnaire constituant un des signes les plus appréciables de la malignité d'une tumeur, on doit donc le rechercher avec soin. Les principaux ganglions dont on devra examiner l'état seront : le ganglion préauriculaire en avant et un peu au dessous du tragus ; Vigier (des adénites gommeuses) a signalé l'existence des ganglions géniens en avant du masséter au nombre de 2 à 3, Sous le maxillaire inférieur on trouve trois groupes principaux : le groupe sus-hyoidien ; le groupe sous-maxillaire situé dans la loge sous-maxillaire et dont les ganglions sont appliqués contre la face interne du corps de l'os ; le groupe parotidien dont un certain nombre sont inclus dans la glande elle-même. Enfin dans certains cas on pourra même trouver la chaîne carotidienne malade.

Cette exploration montre que dans la plupart des cas l'envahissement est tardif, le cancer de la face a donc habituellement peu de tendance à la généralisation et reste une affection locale.

Cependant dans certaines formes à marche rapide, les ganglions sont atteints presque dès le début, alors que la lésion elle-même est peu développée encore.

Ces ganglions deviennent d'une dureté ligneuse caractéristique, ils augmentent rapidement de volume, se ramollissent, adhèrent à la peau qui s'ulcère et cette ulcération a tous les caractères d'un épithélioma qui évolue à son tour comme le premier; on peut voir alors la généralisation se faire.

Le pronostic est variable bien que toujours assez sombre, s'il n'est pas très grave pour l'ulcus rodens, il l'est davantage pour la forme papillaire et beaucoup plus encore pour la forme profonde; le siège est aussi un facteur important, les épithéliomas développés au niveau des muqueuses, les lèvres par exemple, évoluant plus vite. La mort survient rarement par généralisation, le plus souvent par envahissement des organes voisins; le malade épuisé par les hémorrhagies, la gêne à l'alimentation succombe de cachexie cancéreuse.

L'étiologie du cancer de la face est aussi obscure que pour les autres cancers. On le rencontrera surtout dans l'âge mûr, un peu plus souvent chez l'homme que chez la femme; l'influence du traumatisme, des irritations diverses, des cicatrices, des dermatoses, semble assez bien établie, tout au moins comme causes

de certaines localisations : Le cancer se développe sur un lieu de moindre résistance.

Notre observation II est un cas d'épithélioma développé sur un lupus, les cas n'en sont pas rares et le musée de l'hôpital Saint-Louis en contient plusieurs moulages ; dans notre observation le lupus, était encore en voie d'extension, mais l'épithélioma peut aussi se développer sur des cicatrices de lupus.

Vidal et Leloir en décrivent deux formes, l'une végétante l'autre ulcéreuse qui serait plus rare. L'ulcération peut être rapidement destructive et Raymond (*Annales de dermatologie* 1887), pense que certaines lésions attribuées au lupus vorax sont en réalité des épithéliomas greffés sur des lupus.



TRAITEMENT

Quelle conduite tenir en présence d'un épithélioma de la face?

L'ancienne dénomination de l'épithélioma *noli me tangere* ne doit évidemment point être prise à la lettre, et l'intervention est au contraire indiquée dans tous les cas opérables. Nous donnons la préférence à l'ablation chirurgicale largement faite, cependant pour l'ulcus rodens et les petits épithéliomas papillaires on peut avoir recours à d'autres procédés qui ont tous des guérisons à leur actif.

On emploiera par exemple la cautérisation ignée suivie de l'application sur la plaie de chlorate de potasse en poudre, ou incorporé à une pommade, ces applications étant continuées pendant un temps assez long.

Ou encore le raclage avec une curette tranchante, et après avoir touché la plaie avec une solution de chlorure de zinc, on pansera avec le chlorate de potasse.

Enfin le traitement par les cautiques seuls est aussi employé — on fait un grand usage de l'acide arsénieux (caustique de Manec, procédé de Cerny).

La pate de Vienne, le chlorure de zinc, l'acide lactique ont donné également des succès.

Mais dans tous les cas d'épithéliomas étendus et profonds de la face, ces traitements sont insuffisants et l'intervention chirurgicale s'impose.

L'opération n'est contre indiquée que si l'âge du malade ou son état général ne lui permet pas de supporter l'intervention ; ou bien si les lésions sont trop diffuses et les tissus périphériques envahis dans une trop grande étendue, pour permettre de dépasser les limites du mal et de faire une opération utile ; cependant même dans ces conditions, l'intervention peut s'imposer en raison de l'ulcération qui peut devenir l'origine d'une infection surajoutée, ou de l'hémorragie qui menace la vie (Observation VII), ou de douleurs dues à l'englobement des nerfs de la région ; l'extirpation n'est que palliative, mais rend encore des services incontestables.

Dans les cas de généralisation du cancer l'opération est naturellement contre indiquée, mais cette éventualité est relativement rare, le cancer de la face restant le plus souvent une affection locale ; de plus la cachexie n'arrivant qu'assez tardivement, on a fréquemment l'occasion d'opérer des malades qui peuvent résister à l'intervention.

L'envahissement osseux ne constitue pas une contre indication, car si l'os est réséqué largement au delà des limites du mal le cancer n'a pas plus de tendance à y récidiver que dans les autres tissus (Observations VIII et IX).

La première étape de la généralisation, la dégénérescence cancéreuse des ganglions voisins n'est point

une contre indication absolue ; le chirurgien enlèvera tous les ganglions malades ou seulement suspects, mais les chances de succès seront néanmoins amoindries, car souvent de petits ganglions déjà atteints passeront inaperçus et l'opération sera incomplète.

Pour être efficace, l'ablation du cancer doit donc être large, c'est à ce prix seulement que l'on pourra espérer éviter la récurrence ; il faut dépasser largement les limites du mal, enlever les tissus suspects, réséquer les os si besoin en est, extirper soigneusement les ganglions, et ne pas essayer de conserver un organe s'il est inclus dans le néoplasme.

En présence d'un épithélioma développé sur un lupus, (Observation II), la conduite du chirurgien peut être variable. On peut extirper la tumeur en laissant le lupus ; cette conduite est un pis-aller quand les lésions par leur étendue ou leur propagation aux muqueuses échappent à une éradication complète ; c'est une bonne pratique quand le lupus est à peu près guéri et que la tumeur est partie d'une cicatrice.

Dans notre cas, le lupus était encore en activité, les lésions étaient vastes mais purement cutanées et par bonheur n'intéressaient aucun des orifices. M, Mores-tin se détermina donc à en faire l'ablation complète, l'exérèse du lupus tout entier augmentant les chances de guérison durable, par disparition du tissu qui s'était montré favorable au développement du cancer.

Les résultats du traitement chirurgical du cancer de la face sont ceux de tous les cancers, c'est-à-dire assez médiocres.

La récurrence locale survient parfois rapidement et n'est qu'une continuation de la maladie résultant d'une ablation incomplète ; avant la cicatrisation complète on voit les bourgeons charnus devenir exubérants prendre un mauvais aspect et le mal suit sa marche envahissante.

Quant aux récurrences proprement dites, elles se font *in situ* après un temps plus ou moins long ou dans les ganglions (Observation VII).

Cependant il y a des cas de guérison durable assez nombreux.

Un de nos malades est resté guéri depuis treize mois sans signes actuels de récurrence.



AUTOPLASTIE

L'ablation de la tumeur crée une perte de substance parfois fort étendue, le chirurgien peut l'abandonner à la réparation naturelle, ou la fermer par les différents procédés d'autoplastie.

La réparation ou autoplastie naturelle se fait par deux moyens : la régénération sur place et l'emprunt fait au voisinage. Les parties enlevées sont remplacées par du tissu conjonctif de nouvelle formation embryonnaire d'abord, et qui s'organise dans la suite pour former du tissu de cicatrice doué d'une propriété spéciale, la rétraction inodulaire.

Cette rétraction inodulaire est la cause de l'attraction des parties molles voisines ; à mesure que la cicatrice se rétracte et se réduit, elle attire de la périphérie au centre les téguments voisins qui viennent comme des lambeaux d'emprunts prendre la place des parties enlevées et combler les pertes de substance.

Si cette conduite a l'avantage d'abrégier l'intervention chirurgicale en supprimant les opérations complémentaires, elle a aussi de graves inconvénients surtout à la face en raison des nombreux orifices qu'elle présente.

En effet, elle expose à des déformations gênantes

pour le fonctionnement des organes, comme l'ectropion des paupières par exemple, et donne un résultat esthétique très défectueux.

De plus la réparation naturelle parviendrait difficilement à combler des pertes de substances étendues, comme celles créées dans notre Observation II, où presque la moitié de la peau de la face a été enlevée.

D'autres chirurgiens, et Verneuil surtout s'était fait le défenseur de cette pratique, laissent la nature agir en la surveillant, puis au bout d'un temps variable complètent son œuvre par un autoplastie secondaire. Cette pratique permettrait de surveiller la cicatrisation et d'apercevoir la récurrence dès son apparition. Mais si l'opération a été largement faite on est en droit d'espérer que la récurrence ne se fera pas avec cette rapidité, et nous ne croyons point qu'il y ait inconvénient à fermer de suite la plaie. On abrégera ainsi considérablement la cure totale du néoplasme, ce qui a bien quelque importance, étant donné surtout que la guérison n'étant souvent que temporaire, il y a intérêt à ce que le malade en bénéficie le plus longtemps possible.

Cependant l'autoplastie secondaire est indiquée dans certains cas. Dans notre observation (V), par exemple où toute l'extrémité du nez avait été décortiquée, l'autoplastie immédiate aurait nécessité la taille de vastes lambeaux, alors que l'autoplastie secondaire a été faite à très peu de frais au bout de vingt jours, et sans inconvénient pour la forme de l'organe.

Dans la majorité des cas nous croyons donc que

l'autoplastie artificielle pratiquée immédiatement est indiquée.

Le chirurgien a à sa disposition plusieurs procédés que nous allons passer en revue et comparer.



DIFFÉRENTS PROCÉDÉS D'AUTOPLASTIÉ

HISTORIQUE

« L'autoplastie est la réparation d'un organe, dont la forme est altérée, à l'aide d'un emprunt tiré du sujet lui-même et fait au dépens des parties saines, voisines ou éloignées du point lésé » (Verneuil). C'est une opération complémentaire sanglante dans laquelle l'emprunt se fait à l'aide d'incisions, de décollements, de formation de lambeaux.

Cette pratique est fort ancienne ; les prêtres indous empêchés par la loi de réappliquer le nez qu'on venait de trancher en refaisaient un autre à ceux qui venaient de subir ce châtiment bizarre en empruntant un lambeau à la région frontale, c'est là l'origine de la méthode indienne.

Dans d'autres cas, ils restauraient le nez en faisant la transplantation complète sans pédicule d'un lambeau de peau pris dans une région éloignée du même individu ou d'un autre, donnant ainsi les premiers exemples de greffe cutanée totale.

Mais c'est dans les ouvrages de Celse qu'on trouve les premiers documents écrits sur l'autoplastie ; il aurait appliqué la méthode qui porte son nom (dissec-

tions, incisions libératrices) à la restauration des pertes de substance des lèvres, nez, oreilles.

Gallien dit très clairement en parlant de ces mêmes organes « on les restaure aussi en disséquant de chaque côté la peau, puis en attirant et rapprochant les bords de la peau, et après avoir enlevé les parties cicatrisées de chacune en les suturant et les agglutinant ».

La méthode de Celse oubliée au moyen âge fut reprise par Franco (1561). Ce chirurgien opère une perte de substance de la joue en modifiant un peu la méthode de Celse. Il ne se contente plus de mobiliser les téguments voisins à l'aide de simples incisions, mais il y ajoute le décollement, la dissection de ces téguments qui vont ainsi former de véritables lambeaux qui pourront être attirés au devant de la plaie.

Chopart, Larrey et de nombreux chirurgiens français emploieront dans la suite le procédé de Celse qui prendra même le nom de méthode française.

Entre temps, Gaspard Tagliacozzi de Bologne (*De curtorum chirurgia per insitionem 1546*) indiquait une nouvelle méthode, la méthode italienne, qu'il appliquait à la réfection du nez.

Soulevant avec les doigts la peau du bras pour la mobiliser, il la saisit à l'aide d'une pince à branches largement fenêtrées, et avec un bistouri il la sectionne dans toute l'étendue laissée à découvert par la fenêtre ceci fait, il passe une bande dans la plaie, enlève la pince et ce n'est que le 13^e jour alors que le pont cutané ainsi formé est devenu plus ferme, qu'il le transforme en lambeau flottant par section de sa partie

supérieure, le laissant adhérer par son extrémité inférieure.

Il le transporte alors sur le moignon nasal préalablement avivé, l'y fixe par une série de points de suture, maintient le bras replié sur la tête à l'aide d'un appareil contentif et lorsqu'il juge l'adhérence parfaite sectionne le pédicule.

Vivement attaquée par Hunter, Paré, cette méthode tombe dans l'oubli, Renaulme (1719), dans un rapport à l'Académie royale de chirurgie, la rappelle et propose de transporter le lambeau sur le nez, aussitôt après l'avoir taillé. Mais ce n'est qu'en 1816 que Grœfe applique le lambeau aussitôt après l'avoir taillé et crée ainsi la méthode italienne modifiée.

Delpsch emploie cette méthode qui est de nouveau vite oubliée.

En 1880, M. le professeur Berger la reprend, et dans un cas d'ectropion cicatriciel, emprunte son lambeau au bras ; il publie ensuite de nombreuses observations, et remet ainsi en faveur la méthode italienne modifiée employée depuis par de nombreux chirurgiens.

A côté de ces trois méthodes prennent place les greffes proprement dites.

Paul Bert (greffe animale, thèse de 1863) avait pu greffer à un animal des organes d'un autre.

Lefort (1872) emploie la greffe cutanée totale sans pédicule, déjà connue semble-t-il des Indous.

Reverdin en 1871 emploie la greffe épidermique, modifiée ensuite par Ollier (1872) et Thiersch.

Les procédés dont dispose le chirurgien sont donc

nombreux, nous étudierons rapidement la méthode indienne, la méthode de Celse ou française, la méthode italienne modifiée, et la greffe d'Ollier-Thiersch.

MÉTHODE INDIENNE

La méthode indienne ou par torsion consiste à tailler, au voisinage de la partie que l'on veut réparer, un lambeau de peau que l'on déplace en faisant subir à son pédicule une torsion plus ou moins marquée et que l'on applique sur la partie à recouvrir et à reformer.

La méthode par pivotement de Denonvilliers ne diffère de la précédente que parce qu'on donne au lambeau une plus large base d'implantation et qu'on se contente de l'incliner simplement sans tordre son pédicule.

Le choix du lieu d'emprunt pour le lambeau est forcément limité aux régions limitrophes, autant que possible il faut que le lambeau rapporté ne contraste point d'une manière choquante avec la région où il est transplanté, de plus il peut y avoir des inconvénients à ce que la cicatrice résultant de la plaie d'emprunt siège dans certaines régions, surtout si cette plaie est mal traitée et qu'il en résulte des cicatrices difformes ou vicieuses. Le lambeau doit remplir certaines conditions qui ne sont point d'ailleurs spéciales à la méthode indienne.

Ses dimensions doivent dépasser très notablement celles de la perte de substance, on conseille généralement de lui donner un excès d'étendue d'un tiers environ et même plus. Il faut en effet compter non seulement avec la rétraction immédiate, mais aussi avec la rétraction secondaire qui se fait lentement et peut compromettre gravement le résultat plastique; on évitera également ainsi les tiraillements qui compromettent sa vitalité et le succès de la réunion.

La peau doit être bien doublée de parties molles, afin de lui assurer une vascularisation suffisante, mais il n'y a pas d'avantages à laisser à sa face profonde une épaisse couche adipeuse, on dégraissera donc le lambeau ; sa vitalité est d'autant mieux assurée que le sang y parvient en plus grande abondance, le pédicule sera donc large et vasculaire, on fera bien de laisser une couche adipeuse un peu plus abondante à son niveau pour servir de soutien aux vaisseaux.

La torsion du pédicule entrave un peu la circulation on l'évitera donc le plus possible.

Le lambeau autoplastique taillé et disséqué, on doit procéder à sa fixation, on le suturera sur tout son pourtour à l'aide de crins de florence, et on veillera à ce qu'il s'applique bien exactement sur la perte de substance à combler, perte de substance dont l'hémostase soigneuse aura préalablement été faite. Les fils seront enlevés aussitôt que la réunion semblera faite, en général vers le dixième jour.

Dans un certain nombre de cas l'opération devra être suivie d'opérations complémentaires si on veut ob-

tenir un rétablissement satisfaisant de la forme et de la fonction. C'est ce qui arriva dans notre Observation V où les pédicules formaient deux bourrelets couvrant une partie du grand angle de l'œil.

Mais souvent un résultat satisfaisant sera obtenu dès la première opération.

Il faut aussi s'occuper de la plaie d'emprunt du lambeau, il y a avantage à la fermer aussitôt à l'aide de larges décollements qui permettent de mettre les deux lèvres au contact. On obtient ainsi une cicatrice linéaire, bien préférable quand cela est possible, à la cicatrice obtenue en laissant la plaie se cicatriser seule.

MÉTHODE DE CELSE OU FRANÇAISE

Cette méthode répare les pertes de substance par des procédés divers : dissections, décollements, incisions libératrices pour permettre l'allongement des téguments, le glissement, le déplacement ou l'inclinaison des lambeaux.

Cette méthode est la plus simple et peut-être la plus sûre par suite de la large implantation des lambeaux qui leur assure une nutrition facile.

Dans certaines régions, au cou par exemple, il est possible de libérer la peau sur une grande étendue, ces énormes décollements sont sans gravité, sans aucune conséquence fâcheuse au point de vue de la vitalité, et l'on peut ainsi sans tailler de lambeaux, par

une autoplastie par glissement en masse, couvrir de très grandes surfaces (Observation II).

Au crâne par contre, ce procédé donne des résultats minimes.

MÉTHODE ITALIENNE MODIFIÉE

On emprunte habituellement le lambeau à la peau du bras à la région bicipitale en particulier. On déterminera à l'avance et avec une rigoureuse précision l'étendue de la plaie à réparer y compris l'avivement qui peut être nécessaire, et ensuite les dimensions et le siège précis du lambeau qui les recouvrira ; ceci peut être fait approximativement, mais il est préférable d'agir de la façon suivante. Un patron en makinstock, par exemple, taillé en prévision de la rétraction, c'est-à-dire plus grand d'un tiers recouvre la plaie supposée agrandie par les excisions nécessaires, puis on approche de lui, la partie à laquelle on emprunte le lambeau, le bras dans le cas présent ; au point où le bord du patron vient toucher le membre sera placé le le pédicule du lambeau et à partir de cette marque on trace les contours du patron qu'on y aura transporté.

Ceci fait après ablation de la tumeur on taille le lambeau en conservant la graisse au niveau du pédicule ; et après avoir amené le bras au contact de la région à réparer, on suture le lambeau aux bords de la plaie à l'aide de crins de florence très rapprochés

et très superficiels ; au niveau du pédicule, le professeur Berger fait 2 ou 3 points plus profonds pour empêcher les tractions sur le pédicule de se transmettre au lambeau.

On fait de même, dans la mesure du possible, la suture de la plaie d'emprunt en décollant les bords pour les affronter.

Puis après pansement on place un appareil contentif, appareil plâtré, ou formé à l'aide de bandes ; des appareils spéciaux ont été construits pour cet usage, par le professeur Berger notamment ; l'immobilisation doit être la plus parfaite possible. Pour calmer les douleurs du malade on aura recours à la morphine.

La section du pédicule se fait en moyenne du neuvième au quinzième jour, mais elle peut être possible à partir du sixième. Puis cette section faite au ras de l'insertion du pédicule on procèdera ensuite à l'autoplastie complémentaire de ce pédicule.

Le lambeau dans sa nouvelle position forme habituellement au début une saillie, assez marquée, qui tend à s'affaisser peu à peu, il tranche aussi un peu par sa coloration, plus pâle habituellement que les tissus environnants.

GREFFES D'OLLIER-THIERSCH

Ces greffes consistent en l'application de lambeaux dermo épidermiques étendus sur une plaie unie et

non granuleuse, tandis que Reverdin n'employait que de petits ilots épidermiques.

La plaie doit être aussi aseptique que possible, bien avivée et bien vivante ; cette condition est facilement réalisée dans le cas qui nous occupe puisque l'on a affaire à une plaie opératoire fraîche, dans le cas contraire on procèdera à un grattage de la plaie avec la curette tranchante ; puis pendant qu'on pratiquera l'hémostase par une compression énergique on procèdera à la taille des greffes.

Cette taille se fait habituellement sur la face antéro externe de la cuisse après asepsie de la région. Pendant qu'un aide tend la peau dans l'axe du membre, on, empaume de la main gauche la face postérieure de la cuisse tendant ainsi les téguments suivant la circonférence du membre. Alors avec un rasoir à lame plate manœuvré de la main droite on entame légèrement les téguments, puis ramenant le rasoir dans un plan horizontal à l'axe du membre, on détache par des rapides mouvements d'archet un lambeau de 2 à 3 centimètres de large et d'une longueur variable.

La section doit porter au niveau des papilles et une légère rosée sanguine qui perle indique qu'elle a été faite au bon endroit.

On transporte ensuite sur la plaie la greffe qui est repliée sur le rasoir. Il suffit d'appliquer à plat le rasoir par sa face libre sur la plaie à greffer, de fixer un des bouts du lambeau avec un stylet et d'éloigner alors doucement le rasoir ; le lambeau se déplisse et s'étale assez facilement ; à l'aide du stylet on veillera

à ce qu'il soit bien à plat et ne fasse pas de plis. On découpe ainsi le nombre de lambeaux nécessaires pour recouvrir la surface cruentée et on les juxtapose le plus exactement possible pour éviter le tissu cicatriciel développé entre eux et qui donne plus tard à la plaie un aspect grillagé disgracieux.

A la face, la mobilité des parties molles, de la joue en particulier peut amener le déplacement des greffes ; dans notre observation (II), M. Morestin pour parer à cet inconvénient, fixa les principales greffes, surtout celles qui étaient le plus exposées à glisser ou dont il fallait surtout obtenir le succès, comme celles de la paupière, à l'aide de quelques points de suture appliqués sur leur pourtour à l'aide de soie très fine. Comme pansement, un pansement à la gaze et au coton stérilisé appliqué directement contre les greffes ; ce pansement absorbe les suintements qui se font à la surface de la plaie et cet état de siccité favorise la réunion des greffes. Au dixième ou douzième jour ce pansement sec est enlevé avec précaution en soutenant les greffes avec une sonde cannelée, en cas de succès, elles doivent déjà adhérer assez solidement pour résister à cette légère traction.

Le tégument auquel donne naissance la greffe dermo-épidermique n'a pas tous les caractères de la peau normale, c'est encore un tissu de cicatrice, mais supérieur, croyons-nous, à celui qu'auraient produits les bourgeons charnus, il est luisant, vernissé, adhérent aux couches sous-jacentes sans souplesse et sans mobilité. Enfin il manifeste une certaine tendance à la

rétraction, ce qui peut quelquefois avoir des inconvénients pour l'avenir.

GREFFE CUTANÉE TOTALE

Cette greffe préconisée par Lefort est peu employée maintenant en France, en Allemagne au contraire les chirurgiens l'emploient assez volontiers. On emprunte en général le lambeau à la face interne du bras, ceux empruntés à la fesse, trop épais, font une saillie trop marquée au dessus des téguments.

On lui donne des dimensions d'un tiers plus grandes et après l'avoir dégraissé on l'applique sur la surface à recouvrir aussi exactement que possible, on le maintient par une légère compression, les sutures sont inutiles. Malheureusement la mortification est fréquente.

Valude dans un travail dans les *Annales d'ophtalmologie* a compté 15 succès sur 77 cas — la rétraction tardive est à craindre.

Indications des différents procédés.

Quelles sont les indications de chaque procédé, ses avantages et ses inconvénients ?

Le chirurgien est guidé dans son choix par la situa-

tion de la perte de substance à combler, son étendue et l'état des parties voisines.

Si le nez, par exemple, est détruit en totalité, la restauration sera difficile, sinon impossible par la méthode de Celse; en admettant qu'il y ait sur chaque joue assez d'étoffe pour amener et affronter les deux lambeaux au niveau de ligne médiane, tirailés à droite et à gauche, ils ne manqueront pas d'effondrer la voûte qu'ils avaient pu former primitivement, et comme résultat, on aura constitué une cloison membraneuse cachant, il est vrai les orifices béants des fosses nasales, mais privée de relief et n'ayant qu'une lointaine ressemblance avec un nez.

La méthode indienne présente moins d'inconvénients, on peut plus facilement emprunter un lambeau aux téguments du front, s'ils sont sains; mais encore faut-il que le front soit assez élevé pour permettre la taille d'un lambeau assez long, sans empiéter sur le cuir chevelu qui serait évidemment déplacé sur le bout du nez du malade.

Dans ce cas la méthode de choix est croyons-nous la méthode italienne, elle évite la cicatrice sur le front, et fournit un lambeau auquel on peut donner les dimensions nécessaires et constitué par une peau épaisse et ferme qui n'a que l'inconvénient d'être plus blanche.

Si une petite partie du nez seulement est détruite et que ce soit vers la racine, la méthode indienne nous paraît la plus favorable; la perte de substance n'est pas très étendue, il sera facile de trouver sur les tégu-

ments du front une surface de tissus suffisante pour la réparation. Les bords de la plaie d'emprunt peuvent être affrontés sans tiraillement, leur réunion par première intention laissera une cicatrice linéaire peu apparente. Si c'est la narine qui est détruite, la méthode française par glissement donne un résultat excellent si on a soin de prendre le lambeau le long du sillon naso génien et de dissimuler ainsi la trace de l'incision, il peut arriver cependant que l'aîle du nez confinant à la cicatrice laissée sur la joue, risque d'être attirée par la rétraction du tissu inodulaire. Ou bien on emploie la méthode italienne, comme nous avons vu M. Morestin le faire avec succès dans un lupus du nez.

Pour la lèvre inférieure on emploiera la méthode de Celse, qui convient par suite de la souplesse, de la mobilité, de l'élasticité des téguments du voisinage de la lèvre.

Les indications varient donc avec les régions ; toutes les fois que la perte de substance sera peu étendue, il y aura avantage à employer la méthode française, surtout quand la mobilité des téguments et leur élasticité permet des décollements étendus, on peut ainsi sans tailler de lambeaux par simple glissement en masse mettre les bords de la plaie au contact et obtenir une cicatrice linéaire.

Dans les pertes de substance très étendues où ce rapprochement des lèvres est impossible, il y a cependant intérêt à demander aux téguments du voisinage tout ce qu'on peut attendre de leur élasticité et de leur mobilisation ; après les avoir attirés le plus possible

vers le centre de la plaie on les suturera aux plans profonds et on complètera la restauration à l'aide d'un autre procédé (Observation II).

On est en effet quelquefois obligé de combiner plusieurs méthodes ; dans notre cas la perte de substance qui restait fut comblée à l'aide de greffes de Thiersch, prise sur la cuisse ; le tissu obtenu par ces greffes ne vaut point sans doute celui d'un lambeau par la méthode italienne, mais ces greffes sont cependant indiquées dans des cas comme ceux ci où l'emprunt périmphérique serait peu avantageux à cause de l'étendue de la lésion et des délabrements qu'il nécessiterait.

En donnant au chirurgien l'assurance de pouvoir ainsi fermer la plaie opératoire, elles lui permettent de dépasser largement les limites du mal, chose importante dans le traitement du cancer.

Dans certain cas et M. Reclus en particulier a préconisé cette pratique, on pourra associer les greffes d'Ollier Thiersch à la méthode italienne, ce qui permettra d'obvier aux dimensions insuffisantes du lambeau.

Dans plusieurs de nos observations (I-VII) on aurait pu employer la méthode italienne ; les partisans de cette méthode font remarquer qu'en agissant ainsi on ne crée point au voisinage de la plaie à réparer une autre brèche dont la cicatrice nuira au résultat esthétique recherché au visage, de plus ces cicatrices peuvent être vicieuses et entraîner des déformations, la valeur de cette objection est bien diminuée lorsque l'on peut comme dans l'observation (I), en mobilisant

les téguments, réunir par une première intention et obtenir une cicatrice linéaire pouvant se dissimuler dans la barbe.

De plus la taille du lambeau dans la méthode italienne est certainement plus délicate que dans le procédé employé, et sa réunion est plus difficile et exige plus de soins; elle nécessite aussi une petite opération complémentaire pour la section du pédicule et son autoplastie, opération minime, il est vrai. Enfin certains malades supportent difficilement la position pénible qu'elle demande. Mais malgré ces légers inconvénients c'est une excellente méthode entre des mains habiles.



OBSERVATION I (M. Morestin).

Cancer du pavillon de l'oreille et du cuir chevelu.

Un homme de 45 ans est entré le 20 octobre 1899, à l'hôpital Saint-Louis, isolement, lit n° 11. Il est porteur d'une volumineuse tumeur englobant le pavillon de l'oreille gauche et s'étendant au cuir chevelu ainsi qu'aux téguments qui couvrent l'apophyse mastoïde. De l'oreille on ne voit plus qu'une toute petite portion du lobule, et il est impossible de déterminer au milieu de cette masse l'exakte situation du conduit auditif. La tumeur est du volume du poing, elle est irrégulière bourgeonnante, couverte de détritits sphacèles et d'une sanie infecte, saignant très facilement. Elle est immobile contre la paroi crânienne.

On trouve à la palpation du cou deux petits ganglions sur le bord postérieur du sterno-cleido mastoïdien :

Le malade n'entend pas de ce côté et cela est tout naturel le conduit auditif étant complètement obstrué par la masse néoplasique ; mais l'ouïe n'est pas abolie, car il perçoit les sons transmis par les os de la tête.

La tumeur s'est développée depuis un an à peu près, le malade très négligent ne peut nous dire son point de départ exact, il semble cependant que ce soit la face externe du pavillon et probablement la conque. L'état général est excellent, le malade est très robuste et ne souffre point.

Le 23 octobre, on pratique l'extirpation de la tumeur, ce qui fut relativement simple malgré le grand nombre d'artères



Figure 1

qu'il fallut pincer. En avant la parotide dût être entamée, le conduit auditif fut coupé au ras du crâne, il était sain à ce niveau mais rempli d'une masse cérumineuse qu'il fallut enlever à la curette. Le crâne fut mis à nu sur une hauteur de 7 à 8 centimètres, il fallut de même dépouiller l'apophyse mastoïde et disséquer l'insertion supérieure du sterno-cleido mastoïdien ; la tumeur couvrait le crâne mais n'y adhérerait pas.

Il fallait maintenant réparer cette brèche. Je l'ai fait au moyen d'un grand lambeau pris sur le cou sur les régions carotidiennes et sus hyoïdiennes à pédicule postero supérieur. Ce lambeau disséqué a été remonté en tournant autour de son pédicule et appliqué sur le crâne, il a été très facile alors d'enlever les deux ganglions altérés (fig. 1).

En plaçant et en fixant le lambeau nous avons ménagé en avant de lui l'orifice auditif, mais il n'y a pas eu moyen de le border convenablement par des sutures sur tout son pourtour, et il a fallu se contenter d'installer une mèche de gaze pour maintenir un trajet jusqu'à la peau.

Cette difficulté tenait d'une part, à la saillie de la parotide très volumineuse chez lui (on s'est assuré qu'il n'y avait pas de ganglion pré auriculaire engorgé), d'autre part, à ce que le conduit auditif avait dû être coupé très profondément au ras du crâne.

La plaie créée par la dissection du lambeau, malgré son étendue pût être comblée par le rapprochement de ses bords, les téguments ayant été au préalable largement détachés et mobilisés (fig. 2).

Les suites ont été si heureuses et si simples que le malade est sorti guéri le 10 novembre. La réunion de son lambeau s'était faite complètement et parfaitement sur toute son éten-



Figure 2

due, la plaie d'emprunt s'était également réunie par première intention :

Le bourgeonnement secondaire avait très rapidement réuni par une sorte d'infundibulum le conduit auditif aux téguments.

Cet homme a été revu souvent depuis et récemment encore ; il y a donc plus d'un an, treize mois, qu'il est opéré et que sa guérison se maintient parfaite.

Il était à craindre que la rétraction cicatricielle n'amena un léger rétrécissement de l'ouverture du conduit auditif. Ce fait s'est produit, en effet, mais à un degré assez faible pour n'avoir aucun inconvénient ; car on y peut introduire encore le bout du petit doigt. Loïn d'en être incommodé le sujet est tout heureux d'entendre parfaitement de ce côté ce dont il avait été privé pendant l'évolution de la tumeur.

La difformité résultant de l'absence du pavillon de l'oreille pourrait être masquée par l'application d'une oreille prothétique ; mais le sujet s'en soucie d'autant moins que la région peut être très aisément dissimulée et l'est, en effet, naturellement.

Voici, en effet, ce qui s'est produit : la peau transplantée est empruntée en majeure partie au cuir barbu, et il se trouve que chez ce sujet la barbe est assez fournie ; les poils implantés dans le lambeau ont continué à pousser dans leur situation nouvelle et contribuent maintenant à former la chevelure de l'opéré,

OBSERVATION II (M. Morestin).

(Cancer développé sur un lupus étendu de la face. — Extirpation de la tumeur et du lupus. — Autoplastie par glissement et greffes de Thiersch. — Guérison.

Le malade dont il s'agit, Alexis T..., est entré le 7 mai 1900 à l'hôpital de Saint-Louis. Isolement lit n° 4. Il est porteur depuis plus de dix ans d'un lupus de la face, occupant la moitié droite du visage.

Peu et mal soigné ce lupus n'a cessé de s'étendre depuis son apparition au centre de la région génienne. Actuellement il s'étend d'une part de l'oreille, légèrement envahie déjà au niveau de son lobule, jusqu'au grand angle de l'œil, à la racine et à l'aile du nez et à la commissure buccale, d'autre part ; dans le sens vertical, depuis la tempe, dépassant d'un bon centimètre la limite supérieure de l'arcade zygomatique, et la paupière inférieure qui commence à se prendre jusqu'à la région sus hyoïdienne, car le bord inférieur de la mâchoire est dépassé d'un travers de doigt.

Au centre de cette surface, d'un rouge vif, semée de squames et de modules particulièrement visibles à la périphérie s'élève une tumeur grande à peu près comme une pièce de cinq francs.

Elle n'est pas régulièrement circulaire ; à sa partie postérieure se détache une saillie, presque isolée de la tumeur principale et grosse comme une noisette. Cette dernière portion

de la masse néoplasique répond au bord antérieur du masséter.

En avant, les bourgeons épithéliomateux s'étendent jusqu'au voisinage immédiat de la bouche. Car il n'y a pas de doute sur la nature maligne de cette production.

La tumeur largement ulcérée offre une sorte de cratère irrégulier, à bords et à fond couverts de bourgeons mollasses, de détritits sphacéliques, et laissant suinter un liquide roussâtre d'une horrible fétidité. Cette surface ulcérée saigne avec une grande facilité, au moindre attouchement, et souvent même de petites hémorrhagies surviennent spontanément.

Le tout repose sur une base légèrement indurée à limites indécises. Le malade a remarqué que son lupus grandit assez rapidement depuis quelques mois. Quant à l'ulcération bourgeonnante il y a trois mois qu'il s'en est aperçu.

La face interne de la joue paraît intacte et la muqueuse a conservé sa souplesse. Les mouvements d'abaissement et d'élévations de la machoire inférieure s'exécutent sans difficulté. Il n'y a de ganglions engorgés ni dans la région sus-hyoïdienne ni dans la région carotidienne, ni ailleurs.

L'état général est satisfaisant et cet homme paraît robuste malgré la lésion qu'il porte.

Il ne souffre point.

A part son lupus et la complication actuelle il n'a jamais eu de maladie.

Extirper la tumeur en laissant le lupus me répugnait beaucoup. Une telle conduite est un pis-aller, quand les lésions par leur étendue ou leur propagation aux muqueuses échappent à une éradication complète ; c'est une bonne pratique quand

le lupus est à peu près guéri et que la tumeur est partie d'une cicatrice.

Dans le cas particulier les lésions étaient vastes mais purement cutanées et par bonheur n'intéressaient aucun des orifices.

Je me déterminai donc à en faire l'ablation complète le 14 mai.

Il fallut faire un véritable écorché de la face, toute la peau compromise fut emportée, après avoir été circonscrite par des incisions passant à un centimètre en moyenne des limites apparentes du mal, et détachée aussi rapidement que possible des organes sous-jacents.

La tumeur n'était pas infiltrée dans la profondeur et ne dépassait pas le tissu cellulaire sous-cutané, le plan musculaire formé par le buccinateur était complètement respecté.

Il fallut faire un grand nombre de ligatures avec du fin catgut, puis arrêter par la compression le suintement en nappe qui venait de tous les points de cette énorme plaie. Il s'agissait maintenant de réparer la perte de substance; elle allait de la tempe à l'os hyoïde et du nez à l'oreille.

Je commençai par demander aux téguments du voisinage tout ce qu'on pouvait attendre de leur élasticité et de leur mobilisation.

En haut du côté du crâne leur décollement fut poussé à quatre ou cinq centimètres, mais comme on pouvait s'y attendre, ils ne se laissèrent pas facilement abaisser, et je gagnai peu de chose. Néanmoins la tranche de section de la peau put être amenée jusqu'au voisinage de l'arcade zygomatique et fixée par des crins de Florence aux tissus fibreux qui s'y insèrent et à l'aponévrose temporale. En arrière la peau fut dé-

collée de l'aponévrose jusque bien en arrière du sterno mastoïdien et attirée sur la région parotidienne où elle fut suturée à l'aponévrose

Le lobule de l'oreille fut reconstitué par une petite suture. Il demeurait plus étroit qu'à l'état normal et plus complètement détaché et flottant. Ce n'était encore qu'un gain très relatif, mais je comptais surtout sur la peau du cou. Elle fut décollée sur une étendue considérable et rendue ainsi très mobile, elle put être relevée jusque sur la joue couvrant ainsi la région sus-hyoïdienne et le bord inférieur du maxillaire. Elle fut suturée au masséter, au buccinateur, aux muscles et aux téguments de la lèvre inférieure.

Cette autoplastie par glissement en masse avait diminué très notablement l'étendue de la plaie, de plus d'un tiers. Mais il restait à couvrir toutes les régions buccales, malaire, sous-orbitaire, masséterine, une bonne part de la région parotidienne, un peu de la paupière inférieure et du nez. Pour cela j'utilisai les greffes d'Ollier prélevées en larges lambeaux sur une des cuisses. Toute la surface cruentée en fut couverte, il ne resta à nu que les intervalles irréguliers et étroits séparant les greffes.

J'appliquai finalement un pansement à la gaze et au coton stérilisés qui resta en place jusqu'au 22 mai. Les suites de l'opération furent très simples et le résultat bien meilleur que je n'osais l'espérer. Non seulement les téguments mobilisés et déplacés se sont parfaitement adaptés à leur situation nouvelle, mais tous les rubans épidermiques ou presque tous, il s'en faut de bien peu, ont adhéré et vécu.

Les espaces vides se sont réunis secondairement et T... a

quitté Saint-Louis le 25 juin très bien guéri — temporairement tout au moins — et très content de sa figure.

Adonis était mieux sans doute, mais par comparaison avec l'état antérieur T... se trouve en effet dans une situation très acceptable, car au lieu de l'horrible plaque rouge portant un cratère fétide, la joue est lisse, unie et pâle.

Certes ce n'est pas l'état normal. Les applications de minces lambeaux n'ont pas comblé en épaisseur la perte de substance. Aussi les parties molles sont plus minces et la joue paraît plate et même un peu creusée, alors qu'elle est arrondie du côté sain.

D'autre part la coloration n'est pas la même des deux côtés du visage ; comme il est de règle dans les cas de ce genre, les greffes sont pâles, blanchâtres et séparées par des lignes cicatricielles rosées.

Il faut espérer que ce résultat s'améliorera à la longue si la récurrence ne survient pas. Au point de vue fonctionnel tout est bien, il n'y a ni gêne, ni déviation du côté des paupières ou de la bouche. Les mouvements de la mâchoire s'exécutent très aisément, la mastication est normale, il ne s'est donc produit aucune rétraction cicatricielle et la réfection rapide d'une nouvelle couverture dermo-épidermique a prévenu toute modification fâcheuse des parties molles sous-jacentes. Dès le premier pansement le malade inquiet du nouveau facies qu'il avait fait l'opération demanda un miroir.

« Cela me va dit-il, je suis bien mieux ainsi » et depuis il nous a exprimé à plusieurs reprises combien il était heureux de sa transformation. L'opinion du principal intéressé a bien quelque importance dans cette question d'esthétique. Le malade a été revu récemment et est resté guéri.

OBSERVATION III (M. Morestin.)

Epithélioma du dos du nez et du grand angle de l'œil droit.

Une femme de 40 ans, Louise S..., domestique, est entrée le 11 septembre 1899, à l'hôpital Saint-Louis, isolement n° 7. Elle porte un épithélioma occupant la racine du nez dans sa moitié droite, s'étendant jusqu'au grand angle de l'œil et empiétant un peu sur la paupière supérieure. C'est une plaque ulcérée, couverte d'une croûte jaunâtre entourée d'un bourrelet dur, de coloration livide avec stries violettes. Cette ulcération qui manifestement est un cancroïde, est encore mobile sur les parties profondes ; elle n'a envahi ni les voies lacrymales, ni la conjonctive, mais s'arrête tout près de leurs limites. Il n'y a pas de ganglions. La lésion est arrondie, grande comme une pièce de un franc, le 15 septembre le néoplasme fut extirpé

La perte de substance un peu plus grande qu'une pièce de un franc, fut comblée par un lambeau frontal ayant pour pédicule les téguments sains s'étendant entre la surface cruentée et le grand angle de l'œil gauche. La plaie frontale put être réunie par une suture sur une ligne verticale, et il ne resta aucune surface cruentée libre. Il s'est produit un peu de supuration à la partie supérieure du lambeau, ce léger accident n'a influé en rien sur le résultat final, il a suffi de faire sauter deux points de suture pour que tout s'arrange. La malade est sortie guérie le 7 octobre 1899, le résultat esthétique étant des plus satisfaisants.

OBSERVATION IV (M. Morestin).

Epithélioma de la racine du nez et du grand angle de l'œil droit.

Une femme de 75 ans est entrée le 26 septembre 1899, à l'hôpital Saint-Louis, isolement n° 16 ; elle porte un petit épithélioma de la racine du nez situé entre la ligne médiane et le grand angle de l'œil droit. C'est une petite ulcération sèche couverte d'une croûte mince entourée d'un léger bourrelet ; en soulevant la croûte on voit une surface très granuleuse saignant au moindre contact. Le point le plus intéressant c'est que cette lésion s'est développée sur une cicatrice ; celle-ci résulte d'un accident survenu deux ans avant.

Cette femme renversée par une voiture a été blessée assez sérieusement à la tempe droite et à la racine du nez ; il y a seulement trois à quatre mois qu'est survenue la lésion nouvelle dont la nature épithéliale n'est pas douteuse.

Le 28 septembre 1899, le cancroïde fut extirpé à la cocaïne, et la brèche réparée par un petit lambeau frontal à pédicule latéral et gauche. La plaie frontale a pu être facilement réunie, le lambeau s'est adapté aisément et régulièrement, et la malade a pu sortir guérie le 7 octobre.

OBSERVATION V (M. Morestin).

Epithélioma de la racine du nez intéressant le grand angle des deux yeux.

Un homme de 50 ans est entré le 4 août 1900, à l'hôpital Saint-Louis Isolement, lit n° 21.

Cet homme porte depuis plusieurs mois, cinq ou six au moins, une tumeur qui occupe la racine du nez et l'intervalle des sourcils. Cette tumeur s'est développée graduellement sans jamais déterminer de douleur.

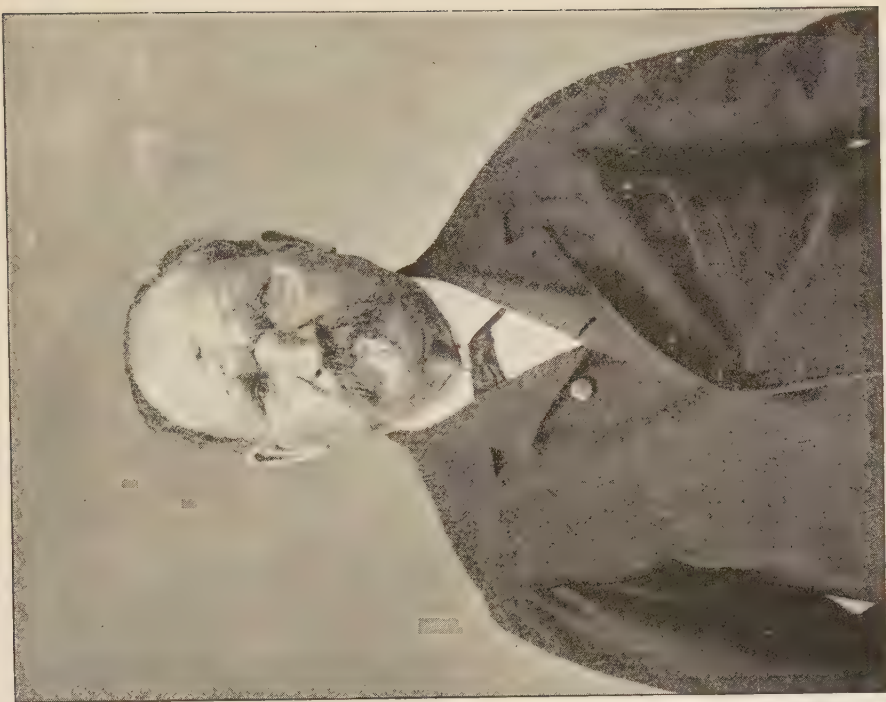
Elle s'étend dans le sens transversal à presque tous les téguments de la racine du nez, du grand angle de l'œil droit au grand angle de l'œil gauche ; cependant la commissure palpébrale est respectée des deux côtés.

En haut, elle remonte entre les sourcils jusque sur le front : elle s'arrête un peu au dessus des arcades sourcillières.

En bas, elle descend jusqu'au point d'union des os propres du nez et de la partie cartilagineuse de cet organe.

Cette tumeur est ulcérée, sa partie centrale est creusée d'un cratère irrégulier et profond semé de détritits sphacéliques. Elle repose sur une base d'une dureté ligneuse et est entourée d'un bourrelet violacé à limites indécises. Elle paraît avoir conservé une certaine mobilité sur le squelette sous-jacent.

Elle fait une saillie dont le volume peut être comparé à celui d'un gros marron ; interposée entre les deux yeux, elle gêne



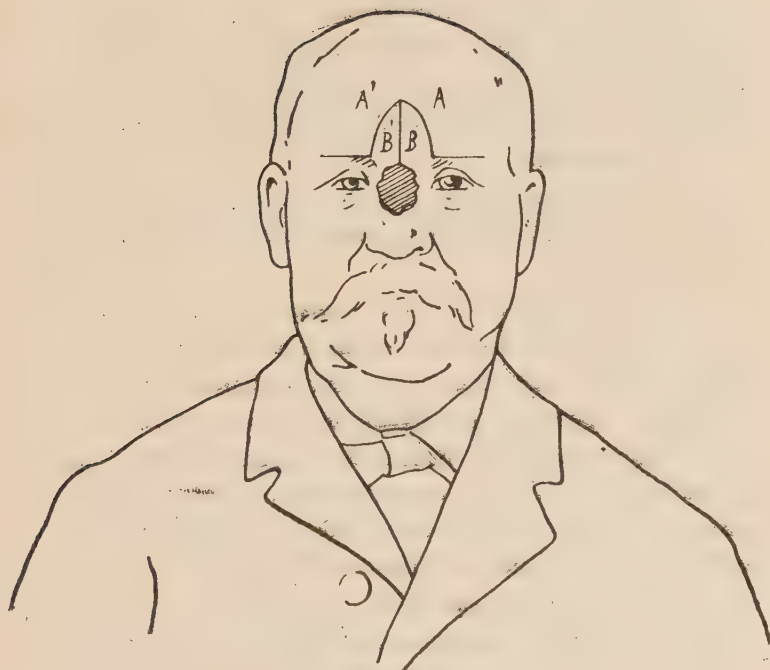


Figure 3

un peu la vue pour les objets rapprochés. Il n'y a pas de ganglions, et l'état général est excellent.

Le diagnostic de tumeur maligne ne saurait faire de doute.

Opération le 6 août.

La tumeur circonscrite au bistouri est décollée du squelette sous-jacent qui est intact. Cette extirpation ne va point sans une certaine perte de sang ; plusieurs grosses veines et artères notables ont été sectionnées. Mais ce n'était là que le temps facile de l'opération.

Pour combler cette brèche, on a eu recours aux téguments du front. L'autoplastie a été faite à l'aide d'un double lambeau frontal (fig. 3).

Pour cela, une incision verticale médiane a d'abord divisé les téguments du front sur une hauteur de 8 centimètres ; du sommet de cette incision on en a mené deux autres courbes et symétriques descendant jusqu'à la hauteur des arcades sourcilières, circonscrivant ainsi deux lambeaux. Ces lambeaux ont été décollés, puis on les a fait pivoter autour de leur base inférieure qu'il a fallu d'ailleurs décoller du rebord orbitaire, et, après les avoir préalablement débarrassés de la graisse qui les doublait, on les a placés sur la perte de substance,

Dans leur nouvelle situation, les lambeaux présentent une disposition précisément inverse de celle qu'ont naturellement les téguments qui les composent : les bords qui étaient externes se trouvent en contact sur la ligne médiane, ceux qui étaient en contact sur la ligne médiane se trouvent maintenant reportés en dehors (fig. 4).

Les bords de la brèche et ceux des lambeaux furent très exactement suturés ; la base de ces lambeaux formait de



Figure 4

chaque côté une sorte de bourrelet couvrant en partie le grand angle de l'œil.

La perte de substance frontale restée béante fut comblée presque en totalité par le rapprochement de ses bords, mais pour cela il fallut faire deux incisions libératrices transversales immédiatement au dessus des sourcils.

Les suites opératoires furent très heureuses et les lambeaux se réunirent exactement.

Au bout de quelques jours, une petite opération complémentaire permit d'effacer les deux bourrelets un peu disgracieux résultant du pivotement de la base des lambeaux; ils furent détachés par deux petites incisions et remontés vers la région frontale, si bien que les sourcils purent reprendre leur direction et leur aspect naturel.

Sur la racine du nez se trouvent donc greffés des téguments provenant du centre de la région frontale et qui n'ont plus aucune attache directe avec les régions où ils étaient situés primitivement.

L'étendue de cette greffe est comparable à celle d'une pièce de deux francs.

Le résultat esthétique est des plus satisfaisants et la guérison se maintient jusqu'à présent, ainsi que nous pouvons le constater fréquemment, l'opéré venant souvent se montrer dans le service.

L'examen de la tumeur a été pratiqué par M. Durante qui a bien voulu nous remettre la note suivante.

La tumeur est un épithélioma lobulé d'origine cutanée, elle diffère toutefois des tumeurs de cet ordre par l'absence de cellules aplaties et de perles épidermiques; elle est uniquement constituée par des trainées, des boudins de cellules irré-

gulièrement cylindriques, identiques à celles de la couche de Malpighi, c'est un épithélioma malpighien pur sans tendance des éléments à subir la transformation pavimenteuse.

OBSERVATION VI (M. Morestin).

Epithélioma des ailes et du lobule du nez.

Une femme de 65 ans est entrée au commencement du mois de mars, à l'hôpital Saint-Louis, isolement, lit n° 12, pour un épithélioma couvrant l'aile droite du nez toute entière, le lobule et une partie de l'aile gauche. il empiète même à droite sur le sillon nasogénien et s'élève jusqu'à la charpente osseuse du nez.

Du côté gauche les téguments seuls sont envahis, mais à droite l'aile du nez est prise dans toute son épaisseur, le bord libre est heureusement respecté.

Le 6 avril, la tumeur est extirpée, on peut se borner à l'enlèvement de la couche tégumenteuse sauf au niveau de l'aile droite dont il faut sacrifier toute l'épaisseur dans l'étendue d'une pièce de vingt centimes environ. La surface cruentée était considérable et pour la recouvrir à l'aide de lambeaux il eut fallu une opération très complexe.

Je me gardais bien de tenter immédiatement l'opération réparatrice. De fait toute la plaie s'épidermisa très rapidement après cette décortication. Le nez s'était retroussé, il avait diminué de hauteur mais n'était devenu en aucune façon disgracieux.

Il restait à fermer la perforation de l'aile droite dont les bords s'étaient cutisés ; c'est ce que j'ai fait le 27 avril 1900.

Les bords de la perte de substance furent avivés et je transportais pour la refermer, un lambeau génien à pédicule supérieur. La plaie d'emprunt pût être complètement fermée après mobilisation des téguments du voisinage et une petite incision libératrice.

Le résultat fut excellent, le lambeau s'est parfaitement réuni, et la narine a été aussi complètement reconstituée.

Le 5 mai, les derniers fils furent enlevés et la malade a pu rentrer chez elle.

OBSERVATION VII. (M. Morestin).

Sarcome de la région sous orbitaire développé dans les parties molles.

Les sarcomes des parties molles de la face sont assez exceptionnels surtout comme tumeurs primitives.

Dans ce cas, le néoplasme s'est montré à un âge tardif, en un point où l'on avait jamais remarqué de nævus ou de lésion antérieure et sans que l'examen aussi complet que possible de la malade ait pu révéler rien d'anormal en aucune autre région.

Il s'agit d'une femme de 65 ans, Victorine R..., entrée le 24 janvier 1900, à l'hôpital Saint-Louis, isolement, lit n° 38, pour une petite tumeur occupant le côté droit de la face, tumeur ulcérée qui était la source d'hémorrhagies abondantes

et presque quotidiennes. Ces pertes de sang répétées avaient épuisé la malade dont la pâleur était excessive.

Le néoplasme se montrait au dessous de l'œil droit au voisinage du nez sous forme d'un champignon du volume d'une noisette d'un rouge violacé, dont la surface bosselée et suintante saignait au moindre contact. Cette masse s'éversait au dessus de téguments relativement sains.

A la palpation on reconnaissait que cette saillie extérieure dépendait d'une tumeur plus étendue soulevant légèrement les téguments et leur adhérent, ayant à peu près les dimensions d'une pièce de 2 francs et aussi la forme circulaire, très dure, indolente à la pression et mobile sur le squelette sous jacent.

La nature maligne de cette production ne faisait point de doute ; les grosses bosselures qu'elle présentait, sa forme en champignon, l'intégrité relative de la peau autour du pédicule, l'abondance des hémorragies, la firent considérer comme un sarcome. Il n'y avait pas de ganglions engorgés.

Le 31 janvier, je fis l'extirpation de cette tumeur dont on ne pouvait retarder l'ablation, car la malade serait morte, non de cachexie où de généralisation mais d'hémorragies

Il fallut enlever toutes les parties molles dans l'étendue d'une pièce de cinq francs, et pour cela entâmer la peau de la paupière inférieure et raser l'aile du nez.

Il était nécessaire de combler tout de suite la part de substance pour éviter l'éversion de la paupière, qui n'aurait pas manqué de se produire si on avait abandonné la plaie à la cicatrisation secondaire. Cette plaie fut donc réparée à l'aide d'un lambeau pris sur la joue, lambeau à pédicule supérieur. La peau fut décollée à une certaine distance sur le pourtour de la nouvelle plaie, et il suffit de déplacer encore un petit

lambeau pris dans la région parotidienne et ramené en avant pour qu'il fut possible de réunir complètement sans laisser aucune surface cruentée.

Les suites furent très heureuses et la malade a pu sortir guérie le 11 février.

Au cours de l'opération nous avons pu vérifier que la tumeur ne tenait en aucune manière au squelette. En la coupant selon un de ses diamètres, on voit qu'elle est adhérente à la face profonde du derme et que le champignon extérieur n'en est qu'un prolongement végétant à l'extérieur au travers d'un pertuis résultant de la destruction de la peau en un point limité.

L'étude microscopique a été faite par M. Milian, et sur les préparations qu'il a bien voulu me remettre, on peut constater sans peine qu'il s'agit d'un sarcome à cellules fusiformes. Déterminer son point de départ est plus difficile, cependant cette région n'est pas très compliquée et l'on peut en outre mettre immédiatement hors de cause le squelette et son périoste ; il n'y a point là d'aponévroses. Il paraît donc vraisemblable que la tumeur a pris naissance aux dépens des couches profondes du derme.

La malade a été revue au mois d'octobre, la région opérée ne présente aucun indice de repullulation, mais il y a sous la mâchoire un petit ganglion gros comme une noisette et qui est très probablement néoplasique.

OBSERVATION VIII (M. Morestin.)

Epithélioma récidivé de la région orbitaire.

M^{me} Charlotte C... est entrée le 4 septembre 1900, à l'hôpital Tenon, elle a déjà été opérée au printemps par M. Lejars, pour un épithélioma qui, parti de la commissure externe des paupières, avait envahi les deux paupières, la conjonctive et une partie des téguments des régions sourcilières et malaïres. M. Lejars lui fit l'ablation des parties malades et extirpa l'œil, comme la plaie tardait à se cicatriser il fit plus tard des greffes de Thiersch, qui achevèrent la cicatrisation.

Quand la malade s'est présentée à nous au début de septembre, elle se croyait guérie et venait faire constater la guérison avant de retourner dans la Haute-Saône, son pays. Nous avons constaté alors non la guérison, mais une récurrence en pleine évolution. On constatait l'existence d'une plaque néoplasique encore couverte par le revêtement épidermique, sauf en trois ou quatre petits points exulcérés. Mais sous les greffes la pullulation néoplasique s'étendait et dépassait les limites de l'ancienne cicatrice.

Le schéma ci-contre (fig. 5), indique à peu près le tracé de l'incision qu'il fallut faire pour la circonscrire entièrement. Cette plaque néoplasique adhérait à l'angle externe de l'œil, à l'apophyse externe du frontal, à l'os malaïre dans la portion qui contribue à former le pourtour de l'orbite; mais il n'y avait

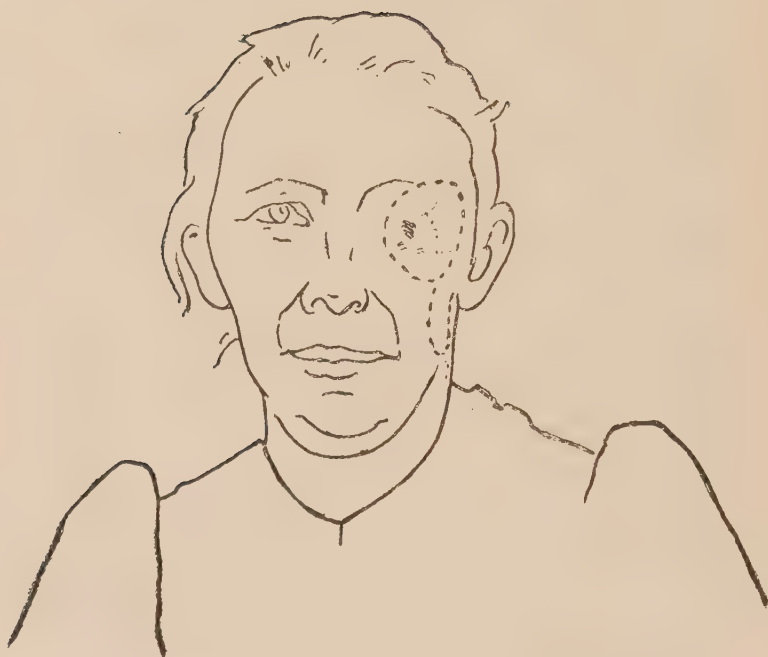


Figure 5

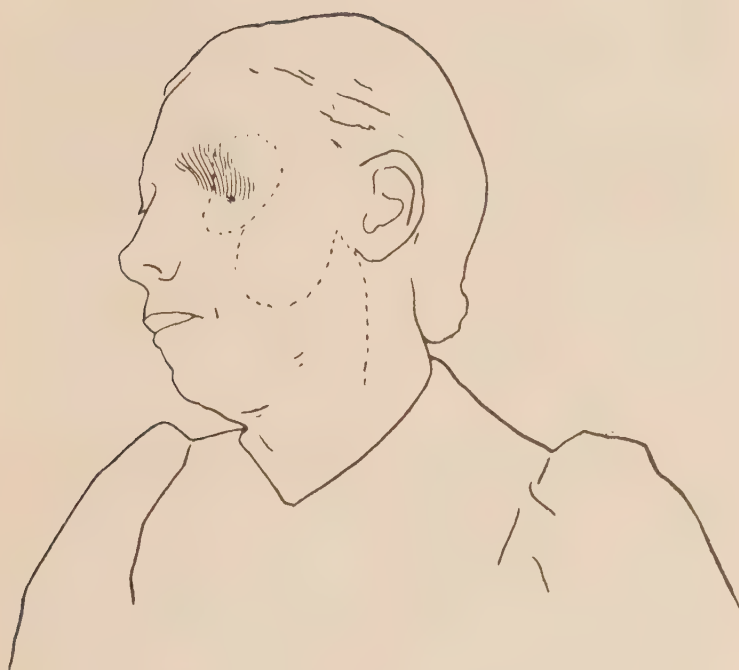


Figure 6

aucune propagation du côté des voies lacrymales et le fond de l'orbite paraissait respecté ; il n'y avait pas de ganglions. Dans ces conditions une nouvelle opération nous parut praticable et indiquée.

Le 10 septembre, une incision circulaire fut tracée autour de la partie suspecte et celle-ci fut largement extirpée. L'opération fut délicate, il fallut supprimer l'os malaire dans presque toute son étendue, l'apophyse orbitaire externe du frontal, presque tout le rebord orbitaire ; puis vider l'orbite de ses parties molles. Au cours de l'opération il fallut ouvrir le sinus maxillaire et la fosse temporale.

Pour combler cette large brèche, je taillais le lambeau qu'indique le tracé ci-contre (fig. 6) c'est-à dire un grand lambeau descendant jusqu'au maxillaire inférieur, à pédicule supérieur temporal.

Ce lambeau fut disséqué et appliqué sur la perte de substance dont il était spécialement destiné à couvrir la partie inférieure ; il fallut supprimer encore un peu de l'os malaire pour qu'il put s'appliquer sans tension. La profondeur de l'orbite était tellement diminuée qu'il fut possible de tapisser le fond de cette cavité avec le lambeau. Mais il ne put toutefois couvrir complètement la perte de substance et je laissais la partie supérieure et interne à la réparation secondaire.

La plaie d'emprunt génienne fut comblée à l'aide des tégu-ments de la région sus-hyoïdienne qui furent remontés après avoir été largement décollés et qu'on leur eut assuré une mobilité considérable à l'aide d'une incision curviligne allant depuis le tragus jusqu'à la grande corne de l'os hyoïde. Le bord supérieur de cette sorte de lambeau put venir en contact du bord inférieur horizontal du précédent lambeau. Pour

empêcher une traction qui aurait pu être funeste, je plaçais une série de points profonds, attachant le lambeau inférieur à l'aponévrose du masséter.

Le résultat fut des plus satisfaisants. Le premier pansement fut fait au dixième jour et montra une réunion complète de toutes les lignes de suture.

La partie de la plaie qui avait été laissée à la réparation secondaire bourgeonnait activement, et la cicatrisation était à peu près terminée quand j'ai quitté l'hôpital Tenon au début d'octobre.

Les tracés d'incisions étaient peu disgracieux et le résultat opératoire vraiment satisfaisant.

OBSERVATION IX (M. Morestin).

Epithélioma étendu de la région orbitaire.

Un homme de cinquante ans, Brésilien, est entré le 18 janvier 1900, à l'hôpital Saint-Louis.

Isolement. Il est porteur d'un épithélioma qui évolue depuis deux ans déjà et qui a été soumis au Brésil à des traitements divers et en particulier à des cautérisations énergiques au fer rouge. Ces traitements n'ont en aucune façon arrêté le néoplasme dans sa marche envahissante et actuellement il présente une étendue considérable.

Il a pris naissance au niveau de la pommette et de là, s'est étendu vers la tempe, le sourcil, l'angle externe de l'œil en même temps qu'il gagnait vers la joue. C'est actuellement une

tumeur largement ulcérée, couverte de végétations mollasses, saignantes, couverte de détritux sphacelés laissant suinter une ichor fétide. Cette tumeur repose sur une base très dure qui adhère à l'os malaire et à l'apophyse orbitaire externe du frontal.

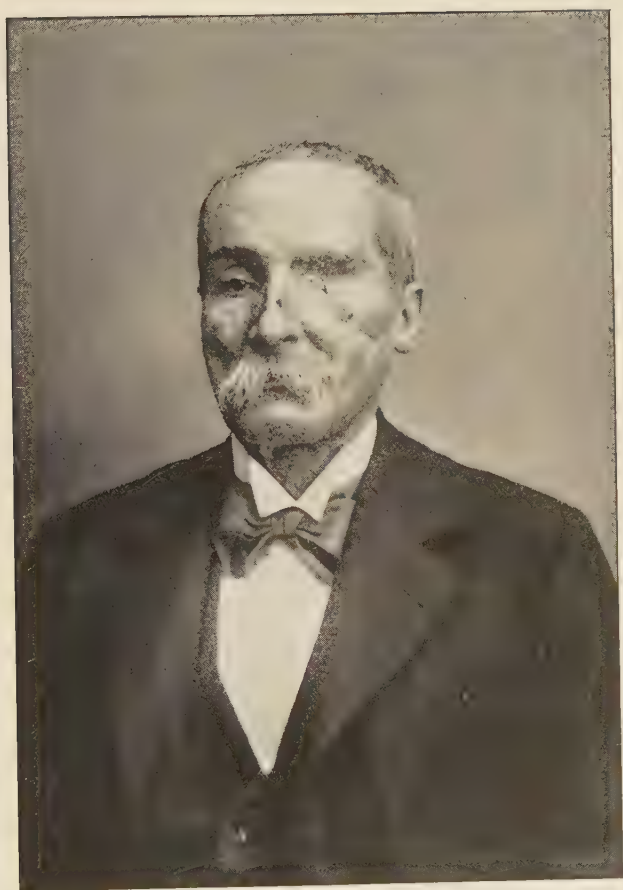
La paupière supérieure est envahie dans ses $\frac{2}{3}$ externes, l'inférieure dans la moitié correspondante. Les bourgeons épithéliaux comblent le cul de sac externe de la conjonctive, et envahissent la conjonctive bulbaire du côté externe. Cependant la vision est conservée ; seulement l'occlusion des paupières est incomplète, et d'autre part le malade ne peut ouvrir l'œil complètement. La conjonctive est le siège d'une sécrétion muco-purulente abondante, il n'y a pas de douleur ; l'état général satisfaisant. Pas de ganglions.

Cet homme est désespéré, on a refusé de l'opérer dans son pays et il a fait tout exprès le voyage pour qu'on pût tenter ici toute opération qui fut encore strictement possible.

Le 19 janvier 1900, j'opérai ce malade.

L'extirpation des parties malades constitua une opération relativement facile, mais laborieuse. Il fallut réséquer l'arcade zygomatique, l'os malaire pour ainsi dire dans sa totalité l'apophyse orbitaire externe du frontal, ainsi que son arcade orbitaire, les deux paupières dans leur presque totalité, supprimer la conjonctive et le globe de l'œil.

Cette extirpation laissait une plaie considérable qui semblait au premier abord, impossible à combler. La perte de substance des téguments s'étendait en effet depuis la partie moyenne du front jusqu'à la partie moyenne de la joue, d'autre part, depuis le grand angle de l'œil jusqu'au milieu de l'arcade zygomatique. Il avait fallu pincer un grand nombre d'artères et malgré



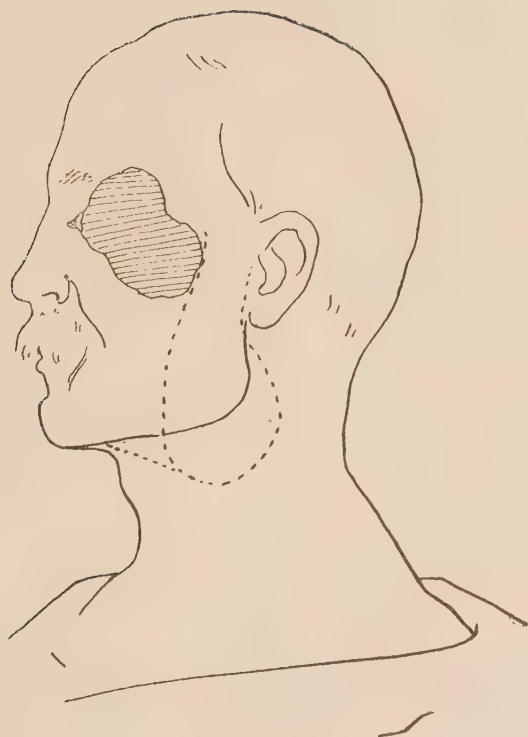


Figure 7

toute notre diligence à faire l'hémostase, cet homme avait perdu une quantité de sang assez appréciable.

Je remis à plus tard l'opération réparatrice.

Un mois après l'autoplastie pût être faite ainsi dans des conditions infiniment meilleures. La plaie avait diminué spontanément d'au moins un tiers. Elle était rose et de belle apparence mais semblait depuis quelque temps complètement stationnaire.

Néanmoins la surface à couvrir restait encore très étendue.

Je taillais un énorme lambeau à pédicule postéro-supérieur, (Fig. 7) comprenant la peau de la région parotidienne, massétérine, de la moitié postérieure de la joue et d'une portion de la région sus-hyoïdienne.

Ce lambeau fut décollé et appliqué sur la surface granuleuse préalablement curettée, et au pourtour de laquelle les téguments avaient été libérés et largement décollés, du côté du front, de la tempe, de la région sous-orbitaire ; ces vastes décollements permirent de retourner complètement le lambeau et de l'adapter d'une manière exacte. La partie du lambeau formée des téguments voisins de l'os hyoïde, répondait maintenant au front ; la partie qui répondait au sterno-mastoïdien derrière l'angle de la mâchoire était au niveau du grand angle de l'œil.

La plaie d'emprunt fut comblée par mobilisation et élévation, à la faveur d'un débridement antéro-postérieur sous la mâchoire, du reste des téguments de la face, et libération et déplacement de la peau du cou au niveau de la région sterno-mastoïdienne.

Le résultat de cette opération fut des plus satisfaisants, la réunion obtenue d'emblée, et le malade est reparti au Brésil guéri provisoirement tout au moins.

CONCLUSIONS

L'ablation au bistouri est le traitement le plus sûr et le plus rapide des cancers de la face.

Si le traitement médical (cautérisation ignée, raclage, emploi des caustiques) peut être employé dans les petits épithéliomas superficiels, dans les cas étendus le traitement chirurgical est le seul possible.

Les limites des cas opérables peuvent être reculées assez loin.

On peut enlever des portions très étendues de tégument, réséquer très largement les os envahis, extirper les ganglions malades.

L'état général du malade habituellement satisfaisant pendant une longue période de la maladie et le peu de fréquence de la généralisation font que l'opération est assez rarement contre indiquée.

Il y a avantage à ne point laisser les vastes brèches créées par l'intervention se réparer seules. On interviendra par une autoplastie, immédiate autant que possible, autoplastie qui à la face présente beaucoup plus de difficultés que dans les autres régions.

Les différents procédés tirent leurs indications du

siège de la lésion, de son étendue, de l'état des téguments voisins.

Les lésions intéressant la racine du nez nous paraissent justiciables de la méthode indienne; pour celles de la joue et de l'oreille on aura recours aux téguments du cou dont la mobilité et l'élasticité favorise la taille de vastes lambeaux et permet le plus souvent la réunion par première intention des bords de la plaie d'emprunt.

Vu : par le Doyen,

BROUARDEL.

Vu : par le Président,

LE DENTU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Adams.* — Méthode italienne. Bull. et mém. société chirurgie, 1880.
- Armaignac.* — Greffe animale. Thèse de Paris, 1876.
- Berger.* — Bull. et mém. société de chirurgie, 1880, 1881, 1882, 1888, 1890.
- Bullet. Acad. de médecine, 1886, 1887, 1889.
- Congrès de chirurgie, 1889, 1893, 1894.
- P. Bert.* — Greffe animale. Th. Paris, 1863.
- Bourgeois.* — Restauration de la face. Thèse de Paris, 1872.
- Chevillot.* — Greffe de Thiersch. Thèse Paris, 1889.
- Delpéch.* — Clinique chirurgicale de Montpellier, 1828.
- Enjalbert.* — Thèse de Montpellier.
- Gagnard.* — Thèse Paris, 1895, 1896.
- Gangolphe.* — Epithéliomas de la face et greffes. Lyon médical juillet 1890.
- Jalaguier.* — Soc. chirurgie, 1889.
- Lefort.* — Soc. chirurgie, 1872, 1888, 1889.
- Lejars.* — Leçons de chirurgie, 1895.
- Maas.* — Archiv. de Langeonbeck, 1885.
- Ollier.* — Bullet. académie de médecine, 1872.
- Congrès de chirurgie, 1889.
- Quenu.* — Bullet. Société chirurgie, 1892.

Reclus. — Greffe cutanée. Clinique et critique chirurgicale.

Reverdin — Greffes épidermiques. Gazette médicale de Paris, 1871.

Taglicozzi. — De artorum chirurgicua per insitionem. Venise, 1597.

Thiersch. — Centralb. f. chir., 1886.

Trassagnac. — Thèse Lyon, 1896.

Valude. — Arch. d'ophtal., septemb., 1889.

Verneuil. — Chirurgie réparatrice en mémoires de chirurgie.

